

Svenske tilstander

- Loven om valgfrihetssystem

Av Anne Siri Koksrud Bekkelund, politisk økonom i Civita

Oppsummering

Granavolden-plattformen slår fast at regjeringen vil «utrede en fritt brukervalgsordning i kommunene, etter modell fra Sverige». I Sverige reguleres fritt brukervalg for tjenester på helse-, omsorgs- og sosialfeltet, som kommuner og fylker har ansvar for, i «Lagen om valgfrihetssystem» (LOV). Å konkurransenutsette tjenester og innføre et slikt valgfrihetssystem er frivillig. Unntaket er i primærhelsetjenesten, hvor alle fylker må ha fritt valg av legekantor, ikke helt ulikt den norske fastlegeordningen.

LOV har økt utbredelsen av fritt brukervalg. Av Sveriges 290 kommuner har 160 innført fritt brukervalg i tråd med LOV for én eller flere tjenester, hvor hjemmetjenester for eldre er den vanligste.

Svenske borgere er fornøyd med at det finnes valgfrihet, og de er også i stor grad fornøyd med de private alternativene. I mange tilfeller skårer de private bedre enn de offentlige på målinger av både subjektiv og objektiv kvalitet, og det er i hvert fall lite som tyder på at konkurransen fører til lavere kvalitet. Det er imidlertid vanskelig å avdekke entydige sammenhenger mellom årsak og virkning. Noen er bekymret for at systemer med konkurranse medfører økt ulikhet, eller at de med høyest sosiøkonomisk status kommer best ut av en situasjon med økt konkurranse.

I Norge har vi allerede velfungerende ordninger for fritt brukervalg i mange kommuner. Det er ikke gitt at ny lovgivning vil tilføre stor merverdi, og en lovgivning som den svenske kan også begrense mulighetene for å tilpasse konkurransen til lokale forhold. Men som i Sverige kan en standardisert lov føre til at flere kommuner innfører valgfrihet, etter at utviklingen på dette området har stagnert de senere årene. Og uansett om man innfører ny lovgivning eller ikke, kan et løft for økt valgfrihet og brukermedvirkning bidra til å gi bedre velferdstjenester til flere.

Ordliste

I dette notatet er en del svenske begreper erstattet med det norske begrepet som kommer nærmest opp til det svenske. Det er imidlertid ikke alle begreper som har en presis, norsk motsats, da norsk og svensk offentlig sektor ikke er helt likt organisert. Her følger en liten oversikt over svenske begreper og de tilhørende norske oversettelsene som er brukt i notatet.

(Lagen om) valgfrihetssystem (LOV) — (lov om) valgfrihetssystem

valgfrihetssystem — fritt brukervalg, brukervalgsordning eller valgfrihetssystem

(Lagen om) offentlig opphandling (LOU) — (lov om) offentlige anskaffelser

primärvård — primærhelsetjeneste

vårdcentral — legekantor

län/länsting — fylke/fylkeskommune

förfrågningsunderlag — konkurransegrunnlag

särskilt boende/äldreboende — sykehjem

sjukvård — helsetjenester

(Lagen om) stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) —

(lov om) tjenester for personer med funksjonsnedsettelse

daglig verksamhet — dagtidstilbud

förskola — barnehage

daghem (dagis) — barnehage

Innledning

Holdningene til kommersielle aktører, konkurranse og brukervalg i velferden utgjør en tydelig skillelinje mellom høyre- og venstresiden i norsk politikk. Dagens regjering bestående av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti ønsker generelt de private og konkurransen velkommen. For å styrke konkurransen og valgfriheten ønsker regjeringen å «utrede en fritt brukervalgsordning i kommunene, etter modell fra Sverige».¹ Opposisjonen, blant annet ved Arbeiderpartiet, har kritisert forslaget.² Men hva slags modell er egentlig denne svenske modellen som regjeringen sikter til?

For 10 år siden, 1. januar 2009, trådte «Lagen om valgfrihetssystem»³ (LOV) i kraft i Sverige. Loven regulerer innføringen av såkalte «valgfrihetssystem», som vi kan oversette til (fritt) brukervalg, for tjenester på helse-, omsorgs- og sosialfeltet i svenske kommuner og fylker.

Dette notatet vil beskrive hva loven om valgfrihetssystem (LOV) i Sverige faktisk går ut på, hvilke foreløpige erfaringer vi kan trekke etter 10 år med loven, og komme med noen anbefalinger til en eventuell innføring av et lignende system i Norge.

Dette notatet vil ikke gå nærmere inn på brukervalgsordninger som reguleres i andre lover, for eksempel det frie skolevalget i Sverige.

Hva menes med brukervalg?

Brukervalg kan defineres på mange måter. I en rapport utarbeidet for Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2015, defineres brukervalg som en av følgende tre valgmuligheter:

- valg av tjenesteleverandør
- valg av person som utfører tjenesten eller
- valg av innhold i tjenesten.⁴

Dermed kan man fint ha innslag av brukervalg, også innenfor et heloffentlig system. Det finnes mange gode grunner til å fokusere mer på valgfrihet *i* selve tjenesten, og ikke bare valgfrihet som gjelder *hvem* som skal utføre tjenesten. I dette notatet vil jeg imidlertid fokusere på den første typen brukervalg, som medfører at man kan velge mellom ulike tjenesteleverandører, herunder private aktører, i offentlig finansierte velferdstjenester som leveres i kommunal regi. Det er denne typen brukervalg som reguleres i LOV.

Et valgfrihetssystem i tråd med LOV utgjør altså en bestemt type brukervalgsordning, med følgende kjennetegn:

- Den som er innvilget en tjeneste fra det offentlige, kan selv velge hvilken aktør som skal utføre tjenesten.
- Valget står mellom de leverandørene som er godkjent av myndighetene, og myndighetene må godkjenne alle leverandører som oppfyller kravene i det forutgående konkurransegrunnlaget.

- Leverandørene får tilskudd basert på hvor mange som velger deres tjenester.
- Det er fremdeles det offentlige som har ansvar for tjenesten, som innvilger et visst tjenesteniivå til den enkelte innbygger, og som (med unntak av eventuelle egenandeler) finansierer tjenesten.

Lover og regler for brukervalgsordninger i Norge

Før jeg går nærmere inn på den svenske loven om valgfrihetssystem, vil jeg kort nevne noen av de mange variantene av fritt brukervalg som allerede eksisterer i statlig, fylkeskommunal og kommunal regi i Norge, og hvilke reguleringer brukervalgsordningene er underlagt.

Norge er, som Sverige, underlagt konkurranselovgivningen i EU, herunder anskaffelsesdirektivet. Dette er regulert i mange ulike lover og forskrifter i Norge. Den mest sentrale er Lov om offentlige anskaffelser. Men i Norge har vi ikke en egen lov om brukervalg på tvers av tjenester, tilsvarende LOV i Sverige. Tjenester med brukervalg av leverandør har vanligvis vært organisert ved å tildele private aktører konsesjonskontrakter, som reguleres av Forskrift om konsesjonskontrakter.⁵ Å inngå en tjenestekonsesjonskontrakt betyr at den private aktøren tillates å etablere og tilby en tjeneste, men selv må bære den økonomiske risikoen. Vederlaget skal da i hovedsak være knyttet til at brukere faktisk velger denne tjenesten.

Er forholdet mellom det offentlige og leverandøren i stedet regulert i en rammeavtale, kan det ligge ulike elementer av vederlag eller sikkerhet for inntekter ut over selve brukerbetalingen. For eksempel kan antallet leverandører det inngås avtale med, være begrenset.

I 2017 ble anskaffelsesregelverket endret, som en følge av et nytt anskaffelsesdirektiv i EU. En av endringene var at helse- og omsorgskontrakter ble en del av det europeiske anskaffelsesregelverket. Med dette kom muligheten for å tildele rammekontrakter til en eller flere aktører, hvor avropene skjer ved brukervalg som eneste tildelingskriterie.

I en del tilfeller er det verken tjenestekonsesjoner eller rammekontrakter som styrer forholdet mellom den offentlige myndigheten og de private aktørene, men lover og forskrifter som er spesifikke for den enkelte tjeneste. Noen av eksemplene under, som fastlege, fritt skolevalg og fritt behandlingsvalg, illustrerer dette.

Eksempler på norske brukervalgsordninger

I statlig regi har vi *fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten*. Denne ordningen er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven, samt i spesialisthelsetjenesteloven, og er presisert nærmere i forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten (FBF-forskriften).⁶

I fylkeskommunal regi har vi *fritt skolevalg i videregående skole*, som reguleres av opplæringsloven og tilhørende forskrift, samt av en lokal forskrift i det aktuelle fylket. Denne ordningen gjelder utelukkende for de offentlige skolene, og ikke for privat drevne skoler, som har egne regler for opptak. Men også private skoler kan få tilskudd per elev etter bestemte satser, om de godkjennes etter friskoleloven.

I kommunal tjenesteproduksjon har vi mange ulike ordninger med brukervalg, herunder:

- *Barnehager*, som fungerer langt på vei som en fritt brukervalgsordning, og reguleres gjennom Barnehageloven og tilhørende forskrifter.
- *Fastlegeordningen*: Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene forplikter kommunene til å ha en fastlegeordning, mens pasientens rett til å velge lege er regulert i Pasient- og brukerrettighetsloven. Forskrift om fastlegeordning i kommunene og Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen regulerer henholdsvis forholdet mellom legene og kommunen, og pasientenes rettigheter.⁷
- *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)* er en ordning hvor brukerne har stor innflytelse over innholdet i tjenesten, slik navnet antyder, uavhengig av om de kan velge leverandør eller ikke. Kommunens tilbud om BPA er regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven. I mange kommuner har man også fritt brukervalg av leverandør for denne typen assistanse, og kan velge hvorvidt man vil benytte kommunal eller privat assistent. Dersom kommunen åpner for private aktører, inngås en avtale med den enkelte leverandør, enten som en rammeavtale, i tråd med Lov om offentlige anskaffelser, eller som en tjenestekonsesjon, i tråd med Forskrift om konsekjonskontrakter.
- *Hjemmetjenester*, og da spesielt praktisk bistand, er et område hvor en god del kommuner har innført fritt brukervalg. Både hjemmesykepleie og hjemmehjelp er regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven. Bruk av private leverandører i hjemmetjenesten kan gjennomføres som et vanlig anbud, eller som et system med brukervalg. Innfører kommunen brukervalg, kan avtalene med de private aktørene (som ved BPA) gjennomføres som rammeavtale eller som tjenestekonsesjon.
- *Sykehjem*, hvor en del kommuner praktiserer et «litt fritt» valg, eller nærmere bestemt en ordning hvor man kan melde inn hvilket sykehjem man ønsker å bo på. I praksis tildeles man gjerne plass der det er ledig. Kapasiteten er i mange tilfeller så lav at det er begrenset hvor reelt det frie valget egentlig er. Når kommunen bruker private sykehjemsaktører skjer det som regel gjennom en vanlig anbudskonkurranse, i tråd med Lov om offentlige anskaffelser. Så vidt forfatteren bekjent, er det ingen kommuner som har organisert forholdet med private sykehjemsaktører som rammeavtaler med mulighet for avrop (altså at kommunen betaler for den enkelte plass når den trengs), eller som har organisert disse tjenestene gjennom tjenestekonsesjonsavtaler.

En eventuell innføring av en «fritt brukervalgsordning i kommunene, etter modell fra Sverige» kan tenkes å erstatte regelverk som eksisterer allerede, eller det kan tenkes brukt for nye tilfeller av brukervalg. Det er lite trolig at man for eksempel vil bytte ut fastlegeforskriften, eller dagens regulering av barnehager, med en ny og mer generisk lovgivning. Det er heller ikke lett å se hva som skulle være begrunnelsen for dette. Om man for eksempel ønsker å gi friere etableringsrett for barnehager, kan dette gjøres ved justeringer av dagens lovverk. Det som sannsynligvis er mer aktuelt, er å innføre et regelverk for å forenkle brukervalg i tjenester hvor dette ikke er utbredt fra før, som hjemmetjenester eller sykehjem. Det er da også nettopp for tjenester til eldre at LOV i Sverige utløste den største økningen i brukervalgsordninger, noe jeg kommer tilbake til senere.

Hva er «Lagen om valgfrihetssystem» (LOV)?

Ansvar for helse-, omsorgs- og sosialtjenester i Sverige er fordelt på flere forvaltningsnivåer. Kommunene har ansvaret for bl. a. eldreomsorgen og tjenester til personer med funksjonsnedsettelse, mens fylkene har ansvar for det meste av helsetjenestene, herunder både primærhelsetjenesten (legekontorene), spesialisthelsetjenesten (som for eksempel øyelege, hudlege, gynekolog med mer) og sykehusene.

Helsetjenestene er, som i Norge, i stor grad offentlig finansiert, men en del av kommunene og fylkene benytter private aktører til å utføre tjenestene.

Å konkurransesette tjenester på helse- og sosialområdet er i utgangspunktet frivillig for fylkene og kommunene. Unntaket er primærhelsetjenesten, som fylkene har ansvaret for: For «vårdcentralene», eller legekantorene, altså førstelinje legetjenester som ligner våre fastleger, plikter fylkene å innføre et system med valgfrihet.

Bakgrunnen for LOV⁸

Som i Norge, vokste den moderne velferdsstaten i Sverige frem etter krigen. Økonomiske oppgangstider muliggjorde flere og rausere ordninger. De svenske sosialdemokratene begrunnet gjerne de nye velferdsordningene med at de økte valgfriheten til det enkelte individ — for er man fattig, syk og uten utdanning, er som kjent ikke friheten til å velge hva man vil gjøre med livet sitt særlig reell, selv om det ikke ligger formelle hindre i veien for de valgene man tar.

Utover 1970- og 80-tallet våknet imidlertid en gryende motstand mot den nå langt mer omfattende velferdsstaten, og spesielt mot det offentlige monopolet innen flere av velferdstjenestene. Det fantes eksempler på det som ble oppfattet som urettferdighet og mangel på valgfrihet, for eksempel for barnehagene: De heldige foreldrene som fikk en kommunal barnehageplass til barna, ble subsidiert med titusener av kroner. Fikk du ikke en av disse plassene, måtte du bli hjemme og passe barn selv, eller du måtte betale hele kostnaden for en privat ordning.

I valgkampen før valget i 1991 gikk de borgerlige partiene til valg på en «valgfrihetsrevolusjon» i velferden. Noen år tidligere var det, for å stanse kommersielle aktører, blitt innført et forbud mot offentlig støtte til kommersielle barnehager (kalt «lex Pyslingen» etter et kommersielt foretak som utfordret det offentlige monopolet). Kort tid etter at valget var vunnet, ble forbudet opphevet. Dermed var konseptet med fritt brukervalg for offentlig finansierte tjenester i Sverige lansert.

Året etter, i 1992, kom friskolereformen, som gjorde det mulig for andre virksomheter enn kommunene å drive skole med offentlig finansiering. Elevene kunne fritt velge skole og få dekket mesteparten av kostnadene via offentlige tilskudd. I begynnelsen fikk de dekket 85 prosent av kommunenes gjennomsnittlige utgifter, senere ble beløpet hevet til 100 prosent, sammen med et forbud mot egenandeler. Andelen elever i friskoler vokste først forsiktig — fra under to prosent for både grunnskole og videregående skole i skoleåret 1992/1993, til rundt fem prosent rundt årtusenskiftet. Deretter gikk veksten raskere, spesielt for videregående skoler. I dag ser andelen ut til å ha flatet ut rundt ca. 15 prosent i grunnskolen og 26 prosent i videregående skole.⁹

Innen helse- og omsorgstjenester skjedde det ingen revolusjon. Innslagene av frie brukervalg var heller beskjedne utover 1990-tallet og 2000-tallet. En del kommuner og fylker anskaffet tjenester i det private markedet gjennom anbudsutsetting. Enkelte kommuner gjennomførte også ulike former for fritt brukervalg. I 1996 fantes det «kundval» i seks kommuner, i 2003 fantes det i 10 kommuner, de fleste i Stockholms Län.¹⁰

Dette var bakteppet for at den borgerlige regjeringen i 2007 nedsatte et utvalg som skulle vurdere forutsetningene for «ökad valfrihet när det gäller vård, omsorg och service inklusive särskilt boende som ges till äldre och personer med funktionshinder». Utvalget konkluderte med å foreslå en ny lov, nemlig «Lagen om valfrihetssystem» (LOV), som et frivillig verktøy for kommuner og fylker som ønsket å gjennomføre konkurranseutsetting med fritt brukervalg.¹¹

Loven om valgfrihetssystem (LOV) ble vedtatt i 2008, og trådte i kraft 1. januar 2009. Loven skulle forenkle og standardisere fritt brukervalg innen kommunens tjenester på helse-, omsorgs- og sosialområdet.

Året etter, i 2010, ble LOV gjort obligatorisk for fylkenes «vårdcentraler», altså legekantorene som i stor grad utfører de samme oppgavene som de norske fastlegene. Ordningen minner om den vi har i Norge, hvor man fritt kan velge og bytte, fastlege blant de som har avtale med kommunen.

Politisk oppslutning

Reformene for mer brukervalg og større åpning for private, også kommersielle, aktører i velferdstjenestene ble først og fremst drevet frem av partiene på høyresiden, med Folkpartiet Liberalerna og Moderata samlingspartiet i førersetet, og etter hvert også med Centerpartiet og Kristdemokraterna med på laget. Det som imidlertid er interessant, er at de sosialdemokratiske regjeringene som har styrt i flere omganger etter at disse reformene ble gjennomført, ikke har reversert valgfriheten. I stedet har de strammet noe inn på ordningene eller gått et mindre steg tilbake. For eksempel reverserte de ikke frislippet for private (og kommersielle) barnehager, men de bestemte at det skulle være opp til den enkelte kommune å bestemme om kommersielle barnehager skulle slippes til. De fjernet ikke det frie skolevalget, men senket satsen for tilskuddet. Når det gjelder LOV ble et forslag om tak for fortjeneste for de private aktørene riktignok foreslått av regjeringen bestående av Socialdemokraterna og Miljöpartiet, i samarbeid med Vänsterpartiet, i 2018. Men forslaget ble nedstemt av flertallet i Riksdagen (alliansepartiene og Sverigedemokraterna). Videre begrensninger på fortjeneste er nå lagt på is, i tråd med avtalen regjeringspartiene (Socialdemokraterna og Miljöpartiet) har inngått med Centerpartiet og Folkpartiet Liberalerna.

I stort ser det ut til at Socialdemokraterna i Sverige langt på vei har akseptert at valgfrihet og private aktører er, og vil være, en del av den svenske velferden, selv om de lokalt går til valg på å avvikle fritt brukervalg for enkelte tjenester. Bare Vänsterpartiet er i dag eksplisitt motstander av hele ordningen med fritt brukervalg. Pysslingen er for øvrig vokst til et foretak som driver 56 skoler og 120 barnehager, med 3900 ansatte.

Hvordan fungerer LOV?

Når svenske kommuner eller fylker i dag ønsker å sette ut tjenester på helse- og sosialområdet til eksterne aktører, har de to muligheter: De kan gjennomføre en tradisjonell anskaffelse, eller de kan innføre fritt brukervalg.

I en tradisjonell anskaffelse utlyses et offentlig anbud. Aktører som ønsker oppdraget, leverer inn sitt tilbud. En eller flere aktører vinner anbudet og utfører deretter oppdraget på vegne av kommunen/fylket. Denne prosessen reguleres gjennom «Lagen om offentlig upphandling», (LOU).

Et alternativ til anskaffelse er å innføre fritt brukervalg. Dette innebærer at alle private aktører som oppfyller de forhåndsdefinerte kravene, slippes til, i tillegg til eventuelle offentlige aktører. Den enkelte innbygger velger så selv hvilken aktør som skal utføre den aktuelle tjenesten vedkommende har krav på. Aktørene får deretter tilskudd basert på hvor mange brukere som velger dem. Denne prosessen reguleres gjennom «Lagen om valgfrihetssystem» (LOV).

De to lovene har mange felles punkter, og det kan også være glidende overganger mellom dem: Man kan gjennomføre en anskaffelse i tråd med LOU, men gi brukerne ulike grader av valgfrihet, eller man kan innføre et valgfrihetssystem i tråd med LOV, men operere med omfattende krav til utførerne.

For hvilke tjenester gjelder LOV?

LOV kan tas i bruk for alle tjenester på helse- og sosialfeltet som kommunene eller fylkene har ansvar for, herunder helsetjenester, eldreomsorg og tjenester til personer med funksjonsnedsettelse (også kalt LSS-tjenester, etter «Lag om stöd og service til vissa funktionshindrade»¹²). Kommunen kan fortsette å tilby tjenester i egenregi også under LOV. Men kommunen skal da likebehandle de offentlige tjenestetilbyderne med de private, både finansielt og praktisk.

Kommunene og fylkene kan altså selv velge om de ønsker å utføre tjenestene i ren egenregi, om de vil anskaffe dem i henhold til LOU, eller innføre brukervalg i tråd med LOV. Unntaket er legekontorene («vårdcentralerna») i primærhelsetjenesten, som yter omtrent de samme tjenester som fastlegene i Norge. Det er obligatorisk for fylkene å tilby disse tjenestene i et system med fritt brukervalg, regulert ved LOV. Men i tråd med LOV kan fylkene selv bestemme innretningen på ordningen, herunder hvilke krav som kan stilles til aktørene som får tilby sine tjenester til innbyggerne.

I Sverige har man også fritt skolevalg for alle alderstrinn. Det er fri etableringsrett (gitt at visse vilkår er oppfylt) for både ideelle og kommersielle aktører. Både offentlige og private skoler får tilskudd ut fra hvor mange elever de får, men har ikke anledning til å ta betalt fra elevene, så lenge de mottar offentlige tilskudd. Prinsippene i skolevalget ligner prinsippene i LOV, men skolesystemet og det frie skolevalget er regulert i annen lovgivning. Dette notatet handler, som tidligere nevnt, om tjenestene som reguleres av LOV, selv om mange av både de prinsipielle og praktiske spørsmålene er de samme for fritt skolevalg. Det er for øvrig ikke aktuell norsk politikk å åpne opp for noen friskolereform etter modell fra Sverige. Erfaringene med fritt skolevalg i Sverige er beskrevet i andre Civitanotater.¹³

Hvordan fungerer LOV?¹⁴

LOV regulerer hvordan de kommunale eller fylkeskommunale myndighetene skal gå frem når de vil innføre fritt brukervalg. Samtidig har myndighetene stor frihet i hvilke konkrete krav og føringer de legger inn i den enkelte brukervalgsordning.

Den største prinsipielle forskjellen på LOV og de fleste brukervalgsordninger vi kjenner i Norge, er den frie etableringsretten under LOV. Myndighetene som skal innføre brukervalg under LOV, har stor frihet i hvilke krav de vil stille til aktørene som skal delta i konkurransen, men de kan ikke begrense antallet aktører som sådan. Alle aktører som oppfyller kravene, får delta.

Med unntak av dette, minner valgfrihetssystemet mye om for eksempel det norske systemet for fritt valg av fastlege. Kommunene stiller krav og inngår avtaler med den enkelte aktør. Hvilke aktører som er tilgjengelige for innbyggerne å velge mellom, fremkommer av offentlig informasjon, og hver enkelt innbygger kan selv velge blant aktører med ledig kapasitet.

Kommunen eller fylket har altså under LOV ansvar for å stille krav, inngå avtaler og følge opp avtaler. I tillegg fører statlige organer et overordnet tilsyn med aktørene og konkurransen. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, er tilsynsmyndighet for virksomhetene som opererer under LOV, mens Konkurrentverket er tilsynsmyndighet for selve brukervalgsordningene.

LOV kan oppsummeres med fem steg som skal følges ved innføringen:

1. Det defineres hvilke tjenester systemet skal gjelde for, og hva den økonomiske verdien er
2. Det defineres hvilke krav og avtalevilkår som skal gjelde for leverandørene
3. Konkurransesystemet annonseres i den nasjonale databasen for valgfrihetssystem
4. Leverandører vurderes, og det skrives avtale med den enkelte leverandør
5. Borgerne informeres om valgmulighetene

1: Hvilke tjenester skal LOV gjelde for, og hvilken økonomisk verdi har de?

En innføring av et valgfrihetssystem begynner alltid med å definere hvilken tjeneste som skal konkurransesutsettes. LOV kan gjøres gjeldende for helse-, omsorgs- og sosialtjenester som kommunene og fylkeskommunene har ansvar for. For legekantorene i primærhelsetjenesten, som er et fylkeskommunalt ansvar, er det som tidligere nevnt obligatorisk å følge LOV. Fylkeskommunen har også ansvar for spesialisthelsetjenesten, og det finnes eksempler på brukervalgsordninger for tjenester som psykolog, øyelege, hudlege, gynekolog og så videre.

For kommunenes tjenester kan LOV for eksempel tas i bruk for hjemmetjenester for eldre, sykehjem eller personlig assistanse til personer med funksjonsnedsettelse.

Den økonomiske verdien på tjenestene må også vurderes. Alle leverandører skal få lik kompensasjon, dette gjelder også de eventuelle offentlige aktørene. Kommunen/fylkeskommunen har anledning til å benytte ulike modeller for kompensasjonen, og la ulike faktorer spille inn, så lenge

de er leverandørnøytrale. Det kan for eksempel benyttes sjablongmessig kompensasjon per bruker som velger en gitt leverandør, eller det kan gis tilskudd for hver konsultasjon eller hvert sykdomsforløp (i helsetjenester). For timebaserte tjenester, som hjemmehjelp, er det naturlig at også kompensasjonen er timesbasert. For alle tjenester kan ulike faktorer påvirke kompensasjonen, for eksempel geografi, kompleksitet med mer. For eksempel får legekantor i sosiøkonomisk svake områder i noen fylker ekstra tilskudd. Det avgjørende er at faktorene som bestemmer kompensasjonen, er objektive og gjelder likt for alle aktører.

2: Hvilke krav og avtalevilkår skal gjelde for leverandørene?

Dette er kanskje det viktigste punktet i innføringen av et fritt brukervalgssystem, og her legges mye av grunnlaget for en vellykket brukervalgsordning. Kravene kan være av ren merkantil eller administrativ art, som at man har betalt sine skatter og avgifter og ikke er dømt for forhold som er relevante for tjenesten. Men de kan også omfatte innholdet i tjenesten og måten tjenestene produseres på, som for eksempel krav til kvalitet, kompetanse, ressurser og så videre.

Kravene til leverandørene må være i tråd med EUs konkurranseregelverk. Med andre ord må de blant annet følge prinsippene om proporsjonalitet, ikke-diskriminering, likebehandling og åpenhet. Proporsjonalitet innebærer at kravene som stilles, skal være rimelige sett opp mot de mål som skal oppnås. For eksempel er det rimelig å stille strengere krav til både kompetanse og økonomisk sikkerhet for sykehjemstjenester enn for praktisk bistand i hjemmet. Ikke-diskriminering betyr at det ikke er lov å stille krav som spesifikt utelukker for eksempel utenlandske selskaper, eller som gir lokale selskaper forrang. Likebehandling betyr at leverandørene skal få så like forutsetninger som mulig, for eksempel gjennom at kompensasjon og andre vilkår i avtalen skal gjelde likt for alle selskaper. Åpenhet betyr at all informasjon om brukervalgsordningen skal være offentlig tilgjengelig informasjon.

3: Konkurransgrunnlaget annonseres i den nasjonale databasen for valgfrihetssystem

Når krav og avtalevilkår er spesifisert, skal grunnlaget for konkurransen annonseres i den «nationella databasen för valgfrihetssystem», også kalt Valgfrihetswebben¹⁵. Dette er selve startskuddet for valgfrihetssystemet. Faktisk er det slik at dersom man ikke annonserer grunnlaget her, opererer man ikke lenger under LOV, men må følge LOU — loven om offentlige anskaffelser. I annonsen skal all relevant informasjon fra de forrige stegene være med: Hvilke tjenester (og brukere) det er snakk om, hvilken kompensasjon som gjelder og eventuelle kriterier ved utregning av denne, krav for å kvalifisere seg samt hvilke avtalevilkår som skal gjelde.

4: Leverandører vurderes, og det skrives avtale med den enkelte leverandør

Alle leverandører som melder sin interesse, skal vurderes. Det skal skrives avtale med alle som godkjennes. Avtalen er som spesifisert på forhånd, det skal altså ikke forhandles med den enkelte leverandør om avtale. Leverandører som ikke godkjennes, skal få et avslag som må begrunnes spesifikt med hvilke punkter i kravene de ikke anses å oppfylle.

5: Borgerne informeres om valgmulighetene

I et valgfrihetssystem er naturlig nok informasjon om hvilke valgmuligheter den enkelte har, av helt

avgjørende betydning. Det er opp til kommunen/fylket hvordan de vil opplyse sine borgere om hvilke valgmuligheter de har. Kommunen skal selv stå for grunnleggende informasjon om de ulike aktørene, og sikre at den er saklig, relevant, sammenlignbar og lett å forstå.

Det er også viktig at det avklares hvordan borgere som *ikke* gjør et aktivt valg, skal tildeles en leverandør. Her finnes flere muligheter. Den vanligste er at de som ikke gjør et aktivt valg, tildeles den offentlige aktøren. Nokså vanlig er det også at de som ikke velger, tildeles leverandør etter en rekkefølgeordning, for eksempel etter bokstav. Mindre vanlig er andre ordninger, som for eksempel at kommunen har anskaffet et ikke-valgsalternativ i tråd med LOU, eller at ikke-velgerne tildeles en leverandør i nærheten som har kapasitet.

Til sist finnes det noen få kommuner hvor ikkevalgsalternativet (for hjemmetjenester) er den leverandøren som skåret høyest i forrige års brukerundersøkelser.¹⁶ Samtidig må en slik ordning ikke stride mot prinsippet om at «[v]iktning eller rangordning av leverantörerna inte [är] tillåtet i ett valfrihetssystem».¹⁷ Ettersom enkelte kommuner likevel har valgt denne løsningen, kan vi anta at denne begrensningen ikke gjelder en dynamisk rangordning basert på for eksempel brukerundersøkelser.

Erfaringer med LOV

LOV har nå eksistert i 10 år, og det obligatoriske brukervalget i primærhelsetjenesten i ni år. Her vil vi se på noen av de foreløpige erfaringene med lovgivningen.

Utbredelsen av fritt brukervalg har økt

Alle fylkene i Sverige har naturlig nok minst én brukervalgsordning, nemlig for legekantorene i primærhelsetjenesten. De fleste fylkene har brukervalg i en eller noen få spesialiserte helsetjenester i tillegg. Dette kan for eksempel være tjenester som fysioterapi, øyelege, hudlege eller gynekolog, som fylkene har ansvaret for. Brukervalg er likevel unntaket for de spesialiserte legetjenestene. Fylkene Stockholm, Uppsala og Skåne utmerker seg med et relativt stort antall helsetjenester hvor brukervalg er innført, med valgfrihet for henholdsvis 37, 11 og 12 typer tjenester.¹⁸

Blant de svenske kommunene har 160 kommuner (altså ca. 55 prosent av 290 kommuner totalt) innført minst én brukervalgsordning i tråd med LOV. Den vanligste tjenesten er hjemmetjenester, hvor 158 kommuner har innført brukervalg. 21 kommuner (sju prosent) har brukervalgsordning for sykehjem. Av tjenester som ytes i tråd med lov om tjenester for personer med funksjonsnedsettelse, har 32 kommuner brukervalg for dagtidstilbud, 19 kommuner for ledsagertjenester og 18 kommuner for avløsertjenester.¹⁹

Hvordan er dette sammenlignet med Norge? En helt direkte sammenligning er vanskelig. I NIBR-rapporten Kommunal Organisering 2016 oppga 50 prosent av norske kommuner at de hadde innført «friere brukervalg» for én eller flere tjenester. Men dette inkluderer også tilfeller hvor man kun kan velge mellom ulike offentlige aktører. Ser vi heller på hvor stor andel av kommunene som oppga at de benyttet kjøp fra private eller ideelle aktører i eldreomsorgen, som da vil omfatte både

anskaffelser gjennom vanlig anbud og brukervalg hvor private aktører er inkludert, var dette ca. ni prosent for hjemmebaserte tjenester og 11 prosent for institusjonsbaserte tjenester.²⁰ Det er altså grunn til å tro at forskjellen fra Sverige til Norge er spesielt stor for hjemmebaserte omsorgstjenester, hvor valgfriheten er langt mer utbredt i Sverige, og denne utbredelsen virker det ganske klart at skyldes innføringen av LOV.

Kvaliteten forringes ikke, kanskje blir den bedre

Det er liten tvil om at innføringen av LOV utløste flere ordninger med fritt brukervalg. Det er vanskeligere å si noe definitivt om kvaliteten. Det man kan si med relativ stor grad av sikkerhet, er at brukervalget i hvert fall ikke har påvirket kvaliteten negativt.

Flere rapporter peker på at det har manglet en strategi for å forske på hvordan brukervalget påvirker for eksempel subjektiv og objektiv kvalitet, kostnadseffektivitet eller mål om likeverdige tjenester. Det finnes generelt ikke mange studier som i tilstrekkelig grad undersøker de kausale effektene av fritt brukervalg eller av om driften er satt ut til private aktører.

Objektiv kvalitet

Til tross for manglende forskning har man i Sverige kommet ganske langt, og i hvert fall lenger enn i Norge, hva gjelder måling og publisering av kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenester. Sosialstyrelsen, som har det overordnede ansvaret for å følge opp kvaliteten i tjenestene som omfattes av LOV, publiserer hvert år såkalte enhetsundersøkelser, hvor alle enheter for blant annet hjemmetjenester, sykehjem og for LSS-tjenester (tjenester til personer med funksjonsnedsettelse) måles på en samling kvalitetsparametre. Her skilles det mellom private og offentlige aktører, slik at de to regiformene kan sammenlignes.²¹

Private sykehjem skårer klart bedre enn de kommunale på flertallet av parametrene i enhetsundersøkelsen. For indikatorene som gjelder tilgang på personal er resultatene litt blandet: De private skårer litt bedre på antall sykepleiere, mens de offentlige skårer litt bedre på antall omsorgspersonal totalt.

For hjemmetjenester skårer de private klart bedre på 12 av 17 parametre, for fire parametre skårer de likt eller marginalt lavere (for ett parameter oppgis ikke skår for de private).

For tjenester til personer med funksjonsnedsettelse, både dagtidstilbud og bolig, er mønsteret likt som for hjemmetjenester og sykehjem: De private skårer klart bedre på de fleste parametre, og tilnærmet likt på noen få.²²

Subjektiv (brukeropplevd) kvalitet

Sosialstyrelsen måler videre årlig den brukeropplevde (subjektive) kvaliteten i sykehjem, hjemmetjenester og tjenester for personer med funksjonsnedsettelse. I disse undersøkelsene er det små forskjeller mellom de offentlige og de private aktørene både innen hjemmetjenester og sykehjem.

For legekantorene finnes ikke noen tilsvarende enhetsundersøkelse som for tjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Det er generelt en utfordring at det finnes for lite data om objektiv kvalitet for primærhelsetjenesten.²³

Når det gjelder den brukeropplevde kvaliteten, er den i gjennomsnitt høyere for private legekantor enn for offentlige. Forskjellene er for det meste små eller moderate, men spesielt for oppfatningen av kontinuitet og koordinering av innsatsen skårer de private bedre enn de offentlige. De private legekantorene har også i vesentlig større grad enn de offentlige fast ansatte leger.²⁴

Valgfriheten verdsettes i seg selv høyt

Det er liten tvil om at svenske borgere *ønsker* å ha valgfrihet innen helse og omsorg. I Demoskop 2018, en årlig undersøkelse om svenske velgeres holdninger i en rekke spørsmål, svarer 86 prosent at det er viktig å kunne velge hvor man skal bo når man trenger eldreomsorg. 80 prosent mener valgfrihet innen helsetjenester er viktig. Riktignok er svenske velgere mer delt i synet på fortjeneste, hvor et flertall ser ut til å ønske begrensninger for de private aktørene.²⁵ Men valgfriheten i seg selv verdsettes høyt.

En studie fra Institut för näringslivsforskning, som måler endringene i brukeropplevelse over tid, viser at brukerne ble mer fornøyde med hjemmetjenester etter at et valgfrihetssystem ble innført. Studien konkluderer med at det er valgfriheten i seg selv, ikke at private aktører nødvendigvis er bedre enn de kommunale, som øker brukertilfredsheten.²⁶

Hvor mange som faktisk aktivt benytter sin frihet til å velge, kan variere til dels betydelig i slike systemer. I en rapport for perioden 2011-2014 utarbeidet av Sosialstyrelsen, oppga ni av 10 eldre i kommuner som hadde innført LOV at de hadde benyttet sin valgfrihet.²⁷ En rapport fra Konkurrencesverket fra 2014 viser at to av tre hadde gjort et aktivt valg av legekantor.²⁸ Det er imidlertid en risiko for at selvrapporing av utøvelse av det frie valget gir et for høyt tall. Tallene for valg av legekantor kan nyanseres av en annen rapport fra 2014, hvor man har spurt hvor mange som har byttet legekantor, og deretter trukket fra de som har gjort det på grunn av flytting. Da satt man igjen med at syv prosent av de spurte aktivt hadde byttet legekantor uten at det skyldtes ytre omstendigheter. Dette er ganske sammenlignbart med den norske fastlegeordningen, hvor 7,4 prosent av pasientene byttet fastlege «etter eget ønske» i løpet av 2017. Om dette tallet regner med de som bytter på grunn av flytting, er uklart.²⁹

Hvor mange som aktivt bytter leverandør er ikke det avgjørende for om fritt brukervalg har noe for seg. For den enkelte borger kan det uansett være verdifullt å vite at man har muligheten til å velge bort en leverandør dersom man er misfornøyd. Dessuten gir det klare insentiver til leverandørene om faktisk å lytte til brukernes behov, siden de risikerer å miste oppdrag og dermed inntekter om de ikke gjør det.

Hvordan går det med de ansatte?

Det er lite som tyder på at de ansatte får dårligere forhold med økt valgfrihet eller med private aktører. Et eksempel er de private legekantorene, som i større grad har fast ansatte leger og mindre

bruk av vikarleger.³⁰ De private aktørene har klart lavere sykefravær enn de offentlige.³¹ Blant de som studerer til sykepleier, jordmor eller fysioterapeut, mener 70 prosent at det er viktig å kunne velge mellom offentlig og privat arbeidsgiver.³² Blant gruppene som tjener bedre hos private enn hos offentlige aktører, finner vi blant annet sykepleiere og jordmødre.³³ Det er lite eller ingenting som tyder på at arbeidsforholdene er tøffere hos de private aktørene. Tvert imot skårer de private bedre på mange spørsmål om opplevde arbeidsforhold, så som motivasjon i arbeidet, om de kan påvirke arbeidsmiljøet og om de gjerne vil være ansatt hos sin nåværende arbeidsgiver også om to år.³⁴

Fører valgfriheten til ulikhet i tilbudet?

En vanlig innvending mot LOV er at valgfriheten gir økt ulikhet. «[H]vis alle skal ha rett til like god omsorg, som er kjernen i den nordiske modellen, da er det et problem med dette systemet», sa den svenske professoren Martha Szebehely til Dagsavisen i januar 2019.³⁵

Det obligatoriske valgfrihetssystemet for legekontor har i flere runder blitt beskyldt for å bety økt ulikhet i tilbudet, for eksempel ved at nye, private legekontor etablerer seg der de potensielle pasientene med de beste sosioøkonomiske forutsetningene bor, og at det dermed er de «rikeste og friskeste» som får et bedre tilbud.

Men det er delte meninger om hvorvidt denne problemstillingen er reell. En studie av tre store kommuner viser at både de med lavere inntekter, de eldre og de sykeste økte antallet besøk til lege, og stort sett også beholdt eller økte sin relative andel av legebekøene.³⁶ En annen gjennomgang viser at personer i områder som skårer svakt på sosiøkonomiske faktorer går oftere til lege etter innføringen av valgfrihetssystemet, enn før. Personer i sosiøkonomisk bedre stilte områder har faktisk redusert sine besøk, eller bare økt dem i relativt liten grad.³⁷ Et poeng å nevne i denne sammenhengen, er at den sosiøkonomiske «vektingen» til et område inngår i beregningen av tilskuddene til legekantorene i dette området, i hvert fall i en del fylker.

Innen hjemmetjenester har man sett en annen mulig kilde til økt ulikhet: De private aktørene får lov til å tilby betalte tilleggstenester, i tillegg til det brukerne får innvilget fra det offentlige. Tilleggstenestene er også skatterabattert gjennom ordningen med skattefradrag for tjenester i hjemmet (de såkalte RUT-fradragene). Kritikere hevder dette gir «et system med flere og bedre tjenester for den som har råd og et basistilbud for resten».³⁸ Andre vil mene at det er positivt at det blir enklere for eldre å skaffe seg hjelp til det de ønsker hjemme, ut over hva det offentlige kan stille opp med.

En annen bekymring hva gjelder ulikhet, er at konkurransen fungerer best der befolkningsgrunnlaget er stort nok. Dette er nok til en viss grad tilfellet, noe som reflekteres i at folkerike og tett befolkede Stockholms Län er området med flest brukervalgsordninger. Slik sett kan man selvsagt innvende at graden av valgfrihet avhenger av hvor du bor i landet. Samtidig er det vanskelig å se at dette skulle være et stort problem, da økt valgfrihet ett sted ikke gir redusert valgfrihet et annet sted. Lokale variasjoner i blant annet befolkningsgrunnlag gjenspeiler seg i at LOV er frivillig å innføre (med unntak av primærhelsetjenesten): De lokale folkevalgte anses å være best i stand til å avgjøre om forutsetningene for et velfungerende marked er til stede.

Foregår konkurransen på like vilkår?

En forutsetning for at valgfrihetssystemet skal fungere godt, er at de ulike aktørene driver med like vilkår i samme område. For noen av tjenestene er dette imidlertid ikke tilfelle: De offentlige aktørene har kostnadmessige fordeler. For eksempel driver de offentlige legekantorene ofte med underskudd. I sum utgjør underskuddene nær én milliard svenske kroner. Dette må selvsagt dekkes av det offentlige, mens de private aktørene ikke blir kompensert. Med andre ord får de private aktørene mindre tilskudd enn hva de offentlige får.³⁹ Det er ikke bare de private aktørene selv som mener at dette er et problem. Også det svenske Konkurrencesverket har påpekt at det er i strid med tanken bak «vårdvalet» når fylkene dekker opp underskuddet hos de offentlige aktørene uten å kompensere de private aktørene. Da er det ikke lenger konkurranse på like vilkår.

Underkompensasjon for de private gjelder flere tjenester enn legekantorene. For personlig assistanse går for eksempel svenske kommuner hvert år med 10 til 12 prosent underskudd. Kanskje kan man si at det er positivt at de private driver billigere enn de offentlige, men samtidig kan det selvsagt også bety at de som mottar tjenestene får dårligere tjenester — og at hele systemet blir en slags tilsørt måte å spare penger på for det offentlige.

Det er vanskelig å si noe definitivt om kostnadsutviklingen

For noen tjenester driver altså de private aktørene med lavere kostnader enn de offentlige. Men hva med de totale kostnadene? I forkant av innføringen av et mer rettighetsbasert system for tildeling av tjeneste ble det ytret bekymringer om svekket kostnadskontroll. I brukervalgsordninger er det en saksbehandler som innvilger tjenester til den enkelte borger, basert på en behovsvurdering. Ettersom myndighetene ikke kan legge begrensninger på tilbudssiden, men det er fri etableringsrett, vil det offentlige i et slikt system i prinsippet ha svakere kontroll med kostnadene, enn i et system hvor det totale budsjettet for den offentlige tjenesten vedtas politisk. Dette kan bety at kostnadene øker, spesielt for tjenester hvor ventelistene har vært lange i forkant av at man innfører et slikt system.

Dette medfører selvsagt en fare for at «bistandsbedömerna», altså saksbehandlerne som avgjør hva du har krav på, havner «i kläm mellan politiska krav på kostnadskontroll och professionella och lagstadgade (lovpålagte, forf. anm.) krav på god omsorg, vilket i förlängningen kan leda till att deras självständiga ställning hotas.»⁴⁰

På den andre siden har jo nettopp økt tilgjengelighet til tjenestene vært en av begrunnelsene for å innføre brukervalg. Dette var for eksempel tilfellet for å gjøre «vårdvalet», altså valget av legekantor, obligatorisk: Flere skulle få enklere tilgang til sitt legekantor. Her har resultatene vært i tråd med målet: Etter brukervalgsreformen i primærhelsetjensten har antall legebekker per innbygger økt. Primærhelsetjenstens andel av de totale legebekkerne har også økt. Samtidig har primærhelsetjenstens andel av kostnadene ligget konstant.⁴¹

Kostnader som løper løpsk, ser generelt ikke ut til å ha vært noe problem i praksis så langt, men det må selvsagt vurderes for hver enkelt tjeneste som gjennomgår en slik forandring.

En annen og kanskje mer reell bekymring handler om økte kostnader til byråkrati, oppfølging og kontroll. Kritikere i Sverige har brukt begrepet «utvärderingsmonstret».⁴² Kritikken er gjenkjennelig fra diskusjoner om målstyring eller konkurranseutsetting mer generelt: Går vinningen opp i spinningen? Vil en eventuell effektivisering og forbedring av tjenestene «nulles ut» gjennom at kostnadene ved å følge opp de ulike leverandørene øker? Dette er det vanskelig å finne noe entydig svar på. En av grunnene er at «byråkratiet» også kan ha en kvalitetshevende effekt i seg selv. Men det kan ikke utelukkes at byråkratiet blir for stort. Derfor må man tenke nøye gjennom hvilke krav og regler man skal ha, og hvilket regime for oppfølging og kontroll som er nødvendig ut over den kvalitetskontrollen som ligger implisitt i det frie brukervalget.

Trenger Norge en ny ordning for fritt brukervalg i kommunene?

I Norge har vi allerede flere brukervalgsordninger som ligner på det svenske systemet under LOV, som beskrevet innledningsvis i dette notatet. Men fritt brukervalg er ikke særlig utbredt i norske kommuner, og i hvert fall ikke brukervalg mellom ulike private og offentlige leverandører.

Når regjeringen nå skal vurdere fritt brukervalgssystem etter modell fra Sverige, bør den først og fremst vurdere hvilken merverdi et eventuelt nytt system vil gi, sammenlignet med å videreføre arbeidet med å forenkle og forklare hvordan man innfører brukervalg med dagens reguleringer. Her følger noen viktige spørsmål og dilemmaer det må tas stilling til, og noen anbefalinger til det videre arbeidet.

Å gjøre fritt brukervalg i kommunene obligatorisk vil neppe fungere

Regjeringen kan velge å la kommunene selv bestemme fritt hvilke tjenester det eventuelt skal innføres fritt brukervalg for. Eller den kan legge føringer på at fritt brukervalg er obligatorisk for visse tjenester. Det siste vil kunne medføre vesentlige utfordringer.

For det første er norske kommuners geografi og bosettingsmønster såpass variert at det ikke er gitt at et system som ligner LOV, alltid har forutsetninger for å lykkes. Selv der man ønsker å slippe til private aktører, og ønsker å gi innbyggerne flere alternativer å velge mellom, kan det være vanskelig å få et system til å fungere, dersom markedet er for lite eller avstandene for store.

For det andre er det et spørsmål om hvordan et slikt pålegg lar seg forene med lokalt selvstyre. Nå kan man selvsagt innvende at fritt brukervalg ikke flytter makt oppover til staten, men nedover til den enkelte borger. Men for mange tjenester vil fritt brukervalg også påvirke tjenestene til andre enn den enkelte borger, og dermed har de som mener at dette er et lokalt (kommunalt) anliggende, gode argumenter. Å påtvinge kommuner fritt brukervalg kan også føre til en større motstand mot systemet, og mindre sjanse for at det lykkes — selv om et begrep som «tvang» ikke kan trekkes for langt: Det vil jo fremdeles være fritt frem for kommunene å tilby tjenestene i egen regi, og alle innbyggere som foretrekker kommunal regi, kan velge den kommunale aktøren.

Uansett kan det være gode grunner til å lage en standard lovgivning, slik som LOV er i Sverige, for å gjøre det *enkler* for kommuner å innføre fritt brukervalg. Loven bør for øvrig ta høyde for at kommuner kan gå sammen om å tilby brukervalg.

Borgerne bør få velge innhold og innretning, ikke bare leverandør

Borgere ønsker valgfrihet. Men vi kan anta at mange er mer opptatt av å kunne påvirke *innholdet* i tjenesten, enn hvem som utfører den. Nå vil det i mange tilfeller være vanskelig å få til valgfrihet for innholdet om man ikke også har valgfrihet for hvem som skal levere tjenesten. Det snakkes ofte varmt om brukertilpasning og variasjon i kommunale tjenester, men insentivene til brukertilpasning er langt sterkere for private aktører som må konkurrere om oppdrag.

For å oppfylle ønsket om valgfrihet i tjenesten, er det imidlertid viktig at man ikke legger for strenge krav på aktørene om *hvordan* de skal utføre sitt oppdrag. Dersom kravene blir for rigide, ender man opp med å pålegge alle aktører å være akkurat som de kommunale aktørene. Da reduseres muligheten for å utføre oppdraget på andre måter enn den måten kommunen alltid har gjort det på, og dermed mulighetene for nytenking, innovasjon og mangfold, som nettopp er noe av poenget med å slippe til private aktører. For å gi borgerne reell frihet til å velge innholdet i tjenesten, ikke bare logoen på uniformen til den som yter tjenesten, er det derfor viktig å vise måtehold med tanke på hvilke krav som stilles til utførerne. Der det er mulig, bør det i større grad benyttes resultatmål for å undersøke kvaliteten, og i mindre grad prosess- eller strukturmål.

Informasjon om kvalitet blir avgjørende

Erfaringene fra den svenske primærhelsetjenesten viser at de som skal velge legekantor, i stor grad baserer seg på informasjon fra venner og kjente. Det er selvsagt naturlig. Men det kan også gi insentiver til at brukeropplevelse vektles høyere enn den mindre synlige kvaliteten. Derfor er det viktig at god og tydelig informasjon om flere aspekter ved tjenesten er tilgjengelig for publikum, i en form som er enkel å forstå.

Videre vil mange sannsynligvis ønske seg eller ha behov for hjelp, dersom de skal gjøre et aktivt valg. Her må myndighetene, enten sentralt eller lokalt, tenke gjennom hvordan man kan yte god rådgivning. Finnes det nøytrale personer som kan gi deg råd? Fastlegen har allerede delvis en slik rolle når det gjelder spesialisthelsetjenester. Kanskje kan den som vurderer omsorgsbehovet ditt, og innvilger deg for eksempel hjemmehjelp, også gi deg anbefalinger ut fra dine behov? Det bør være mulig å finne løsninger på dette uten å bryte med prinsippet om nøytralitet overfor leverandørene. Men det må sannsynligvis være løsninger som vurderes for den enkelte tjeneste og den enkelte brukervalgsordning.

Hva gjør man med de som ikke vil velge?

Tildeling av leverandør til brukere som ikke vil velge selv, kan ha betydelig innvirkning på konkurransen, både gjennom insentiver til å drive med høyest mulig kvalitet, og gjennom insentiver til faktisk å etablere nye virksomheter og ta del i konkurransen. Å tildele leverandører basert på ledig kapasitet kan i noen tilfeller være negativt for kvalitetskonkurransen, særlig i de

brukervalgsordningene der mange ikke gjør et aktivt valg. Da vil leverandører som ikke greier å tiltrekke seg brukere på egen hånd, kunne bli «reddet» av at det offentlige fyller opp plassene deres. Dette er den samme innvendingen vi kan ha mot ordningen med fritt valg av barnehage i dag: I en del kommuner finnes det uansett flere søkere enn det finnes plasser, ergo får alle aktører fylt opp plassene sine, og dermed står de ikke i fare for å miste inntekter, selv om noen søker seg bort fra deres barnehage. I slike situasjoner er man mer avhengig av andre måter å holde kvaliteten oppe på, som strengere krav til aktørene, mer tilsyn og mer oppfølging fra det offentlige.

En bedre løsning, ut fra et konkurranseperspektiv, er at de som ikke velger, får tildelt den offentlige aktøren. Men dette kan gi opphav til ulikheter i tilbudet, fordi det ofte er de med det sosioøkonomisk svakeste utgangspunktet som i minst grad gjør et aktivt valg. Dermed kan du ende opp med at de borgerne som stiller de tydeligste kravene til kvaliteten, og også ofte er flinke til å følge opp leverandøren for å få det de vil ha, forsvinner til private aktører som er lydhøre for deres ønsker. Mens de som har et dårligere utgangspunkt, men kanskje ofte minst like store behov, blir igjen i det offentlige tilbudet. At kommunal egenregi er ikkevalgsalternativet, kan dessuten virke negativt på aktørenes beslutning om faktisk å etablere seg. Særlig gjelder dette i tilfeller der kommunen ikke er flink til å informere innbyggerne om deres valgmuligheter.

En tildeling som prioriterer aktørene som leverer høyest kvalitet, virker som det beste prinsippet for å skape en velfungerende konkurranse, noe eksperter som har vurdert brukervalgsordningene i Sverige, også har vært inne på.⁴³ Det forutsetter imidlertid at aktørene som gjør det godt, både kan og vil utvide kapasiteten ved behov.

Skal etablering være en rett eller et privilegium?

Et sentralt element i det svenske systemet er at alle aktører som oppfyller kravene, skal ha rett til å etablere seg. Det kan ikke settes noen maksimumskapasitet, og aktørene kan heller ikke garanteres et visst belegg i sine tilbud. Fordelen ved dette for innbyggerne er at dersom et eksisterende tilbud ikke drives godt, eller for eksempel bruker mye penger på overskudd og utbytte som heller kunne gått til en bedre tjeneste, så risikerer de å bli utkonkurrert av nye aktører. Dette er slik konkurranse fungerer i de aller fleste andre markeder, og som regel fungerer det veldig godt. Markedet finner over tid balansen mellom tilbud og etterspørsel, og aktørene som ikke har et godt nok tilbud, forsvinner ut.

Men et slikt system kan også ha ulemper. Én ulempe som er trukket frem i Sverige, er at det av og til kan være så mange aktører at det nesten blir umulig å velge. Dersom en eldre person med behov for assistanse skal gjøre et valg mellom mer enn hundre mulige leverandører av hjemme-tjenester, blir det vanskelig å gjøre et godt og velbegrunnet valg. Dette er likevel et problem som burde kunne løses. For det første vil det over tid skje en naturlig konsolidering i slike markeder, da det er gode grunner til å tro at det finnes visse stordriftsfordeler. For det andre kan ulike informasjons-tjenester, både offentlig og privat initierte, bidra til å gjøre valget enklere.

En annen ulempe er at det i et marked med fri etablering kan være større hindre for å etablere seg for en del aktører, noe som kanskje kan virke kontrainuitivt. Men dette kan være tilfelle for tjenester med behov for store investeringer før oppstart, som for eksempel sykehjem. Når det

ikke kan gis noen garanti for at man får fylt så mye som en eneste plass, kan risikoen ved en slik etablering være høy. Da er det alltid en fare for at det kun er de som har evne til å bære stor risiko — altså de aktørene som allerede er store — som er villige til å ta sjansen. Eller det kan være at aktører som er villige til å fire på krav, ta snarveier og drive useriøst som tar sjansen, mens de ryddige, ordentlige aktørene skygger banen.

I slike tilfeller kan det å inngå avtaler med noen få, utvalgte aktører, i tråd med lov om offentlige anskaffelser, gi en større reell valgfrihet, dersom dette er nødvendig for å få aktører til å ta risikoen ved å etablere seg. Denne løsningen er allerede i bruk i en rekke norske kommuner. For eksempel fungerer brukervalg for hjemmetjenester i Bærum på denne måten.

Likevel er begrensninger på etableringer noe man skal være varsom med. Aktørene kan ofte ha klar interesse av dette selv, da det reduserer deres risiko. Men for innbyggerne er det ikke gitt at det er den beste løsningen. Det er gode grunner til at vi i det store og det hele har fri etableringsrett i næringslivet generelt — det er som regel det som gir den samfunnsøkonomisk største gevinsten. Og når man gjør etableringsmulighet til et privilegium forbeholdt de få, øker risikoen for at aktørene driver uhensiktsmessig «rent seeking», altså bruker tid og ressurser på aktivitet som ikke gir bedre tjenester, men kun gjøres for å oppnå privilegiene.

Hvorvidt den beste løsningen er etableringsrett eller etablering som privilegium, må vurderes for den enkelte tjenesten, og ut fra det enkelte markedets spesifikke egenskaper.

Legg til rette for forskning

Uansett hvordan man ellers innretter en ny ordning for fritt brukervalg i kommunene, er det viktig å benytte anledningen til å samle erfaringer på en god måte. Når valgfriheten introduseres, bør det gjøres på en slik måte at det kan gjennomføres interessant forskning i tilknytning til eventuelle reformer.

Aller viktigst er det at man, helst i god tid før reformen, definerer et sett med velfunderte kvalitetsindikatorer som man kan følge over lengre tid, og som kan si noe vesentlig om utviklingen i den eller de sektorene det gjelder. Det beste, er om man finner gode kvalitetsindikatorer som man allerede har historikk på. Nest best er det om man setter i gang målinger i noe tid før reformene gjennomføres.

Små justeringer i selve introduksjonen av eventuelle nye ordninger kan også bety mye for mulighetene til å undersøke kausalitet, ikke bare korrelasjon. Å styre tidspunktet kommunene får anledning til å ta i bruk nytt regelverk etter loddtrekning, og fordele dette ut over noen år, kan bety at man får langt mer interessante data å jobbe med. Da kan man unngå noen av de vanligste utfordringene ved å forske på slike reformer, som for eksempel at endringer i kvalitetsmålene som man undersøker, skyldes underliggende trender eller selv-selektering blant kommunene som gjennomfører reformene.

Verdien av valgfrihet

Valgfrihet er viktig for oss mennesker. Det gjelder både små, trivielle hverdagsvalg, og i de store spørsmålene i livet — som hvor vi vil bo eller hva vi vil jobbe med. Å kunne være med på å bestemme over eget liv blir ikke mindre viktig bare fordi man trenger hjelp, for eksempel fordi man blir syk eller gammel. Økt valgfrihet, også i livets sårbare situasjoner, er et gode. Men en slik valgfrihet må selvsagt forvaltes slik at den ikke blir en ulempe for den som ikke er i stand til, eller ikke ønsker, å ta valget selv. Derfor er det både riktig og fornuftig at det offentlige — staten eller kommunen — tar et stort ansvar for våre felles velferdstjenester. Alle skal få gode tjenester av høy kvalitet. Samtidig er det slik at jo mer effektivt vi benytter ressursene, jo flere og bedre tjenester har vi råd til. Fritt brukervalg kan være en god måte å gi både økt valgfrihet og bedre utnyttelse av ressursene for noen av velferdstjenestene våre på. De svenske erfaringene kan gi oss et bedre bilde av hva vi kan oppnå med mer valgfrihet i velferden, hvordan vi kan oppnå det, og hvilke utfordringer vi kan møte på veien.

Notatet er skrevet av Anne Siri Koksrud Bekkelund, politisk økonom i Civita

Civita er en liberal tankesmie som gjennom sitt arbeid skal bidra til økt kunnskap og oppslutning om liberale verdier, institusjoner og løsninger, og fremme en samfunnsutvikling basert på respekt for individets frihet og personlige ansvar. Civita er uavhengig av politiske partier, interesseorganisasjoner og offentlige myndigheter. Den enkelte publikasjonsforfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsytere. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp eller justere.

Ta kontakt med forfatteren på annesiri@civita.no eller civita@civita.no.

Sluttnoter

- 1 Regjeringen (2019): Granavolden-plattformen: *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti*. <https://bit.ly/2G9QCGf>
- 2 Dagsavisen (22.01.2019): — *Ber kommunene sette ned foten for regjeringens privatiseringsiver*. <https://bit.ly/2I9had9>
- 3 Lag (2008:962) om valgfrihetssystem. <https://bit.ly/2OYb3Je>
- 4 Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015): *Brukervalg i kommunal tjenesteyting*. <https://bit.ly/2U5mu2D>
- 5 Regjeringen (2019): *Forskrift om konsesjonskontrakter*. <https://bit.ly/2WTbDdW>
- 6 Helfo (2019): *Fritt behandlingsvalg — generell informasjon*. <https://bit.ly/2U63zVm>
- 7 Legeforeningen (2013): *Fastlegeordningen — Veileder og kommentarutgave*. <https://bit.ly/2Kma1YZ>
- 8 Gjennomgangen i dette avsnittet er basert på kapittel 3 i boken *Valfri Velfärd — Et medborgarperspektiv på den svenska välfärdsstaten* av Johan Vamstad og Kerstin Stenius, Arkiv förlag (2015)
- 9 Ekonomifakta (2019). *Elever i friskola*. <https://bit.ly/2TQrb0b>
- 10 S. 105 i SOU (2008:15). *LOV att välja — Lag Om Valgfrihetssystem*. <https://bit.ly/2VyADqK>
- 11 SOU (2008:15). *LOV att välja — Lag Om Valgfrihetssystem*. <https://bit.ly/2VyADqK>
- 12 Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. <https://bit.ly/2I8mHkc>
- 13 Se f. eks. Civita-notat nr. 22 2016: *Profitt og kvalitet i praksis*. <https://bit.ly/2Us1DeO>

- 14 Dette kapitlet baserer seg på notatet *Valfrihetssystem for nybörjare och andra nyfikna* utgitt av Sveriges Kommuner och Landsting (2009). <https://bit.ly/2D4Wyi5>
- 15 <https://www.valfrihetswebben.se/>
- 16 Opplistingen er basert på rapporten *Kommunernas valfrihetssystem* utgitt av Konkursverket (2013), med forbehold om endringer siden den gang. <https://bit.ly/2I830sC>
- 17 Se s. 99 i Regeringens proposition 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem*. <https://bit.ly/2OZJ9MN>
- 18 Sveriges Kommuner och Landsting (2018): *Valfrihetssystem enligt LOV i landsting och regioner — beslutsläge april 2018*. <https://bit.ly/2YYwMW2>
- 19 Sveriges Kommuner och Landsting (2018): *Valfrihetssystem i kommuner 2018 - Beslutsläget i införandet av LOV*. <https://bit.ly/2U66Y6A>
- 20 NIBR (By- og regionforskningsinstituttet): *Kommunal organisering 2016*. <https://bit.ly/2Vyr62I>
- 21 Socialstyrelsen (2018): *Öppna jämförelser 2018 — Enhetsundersökningen äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*. <https://bit.ly/2YVLVqn>
- 22 Socialstyrelsen (2018): *Öppna jämförelser 2018 — Enhetsundersökningen LSS*. <https://bit.ly/2UHrsXF>
- 23 Se f. eks. s. 12 i Andersson, Janlöv og Renberg (2014). *Konkurrens, kontrakt og kvalitet — hälso- og sjukvård i privat regi. Rapport till Expertgruppen for studier i offentlig ekonomi og Myndigheten for vårdanalys*. <https://bit.ly/2G1Kizy>
- 24 2018: Vårdföretagarna: Privat vårdfakta 2018, kapitlet *Sjukvård*. <https://bit.ly/2G1KleI>
- 25 SVT Nyheter (4.7.2017): *Majoritet av svenskarna vill begränsa vinster i välfärden*. <https://bit.ly/2U683va>
- 26 Bergman, Jordahl og Lundberg (2018): Working Paper No. 1213: *Choice and Competition in the Welfare State: Home Care as the Ideal Quasi-market*. <https://bit.ly/2uS5bbh>
- 27 Socialstyrelsen (2015): *Stimulansbidrag LOV — Slutrapport 2011–2014*. <https://bit.ly/2D6d1T7>
- 28 Konkursverket (2014). *Etablering og konkurrens bland vårdcentraler — om kvalitetsdriven konkurrens og økonomiske villkor*. Konkursverkets rapportserie 2014:2. <https://bit.ly/2GaQbLT>
- 29 HelseDirektoratet (2017): *Styringsdata for fastlegeordningen 4. kvartal 2017*. <https://bit.ly/2VyrFtm>
- 30 Se s. 92 i Konkursverket (2014). *Etablering og konkurrens bland vårdcentraler — om kvalitetsdriven konkurrens og økonomiske villkor*. Konkursverkets rapportserie 2014:2. <https://bit.ly/2GaQbLT>
- 31 Försäkringskassan (2018). *Sjukfrånvaron inom välfärdstjänsterna, korta analyser 2018:3*. <https://bit.ly/2UnvEwu>
- 32 2018: Vårdföretagarna: Privat vårdfakta 2018, kapitlet *Medarbeiderne*. <https://bit.ly/2D5K3m6>
- 33 Vårdförbundet (2019): *Privat sektor lönestatistik (2017) og Offentlig sektor lönestatistik (2017)*. <https://bit.ly/2D0k5QX>
- 34 Svenskt Kvalitetsindex og Sveriges Företagshälsor (2017). *Jobbhälsobarometern 2017. De anställdas syn på jobbet inom vård- og omsorgssektoren*. <https://bit.ly/2I86Cec>
- 35 Dagsavisen (22.01.2019): — *Ber kommunene sette ned foten for regjeringens privatiseringsiver*. <https://bit.ly/2I9had9>
- 36 Vårdanalys (2015). *Vårdval og jämlik vård inom primärvården — en jämförande studie mellan tre landsting före og efter vårdvalets införande*. Rapport 2015:6. <https://bit.ly/2I8YWIN>
- 37 Monica Renstig (2018): *Hvem går mest til hussläkaren — fattige eller rike?* Timbro. <https://bit.ly/2GacEsL>
- 38 *Äldre i Centrum — Tidskrift for forskning om äldre & åldrande* (2018:1). *TEMA Olika mycket privatisering i kommunerna*. <https://bit.ly/2uV5Okd>
- 39 Vårdföretagarna (2019): *Primärvård på ulike villkor — Kartläggning av underskott i landstingsdriven primärvård 2017*. <https://bit.ly/2G1NV8v>
- 40 *Äldre i Centrum — Tidskrift for forskning om äldre & åldrande* (2018:1). *TEMA Alla tre modellerna ger mest for pengarna*. <https://bit.ly/2Un01TP>
- 41 Glengård (2015): *Primärvården efter vårdvalsreformen — Valfrihet, kvalitet og produktivitet*. <https://bit.ly/2FZCFtn>
- 42 *Äldre i Centrum — Tidskrift for forskning om äldre & åldrande* (2018:1). *TEMA Konkursensen setter kvalitet på agendan*. <https://bit.ly/2CZiTGx>
- 43 Se s. 103 i Bergman og Jordahl (2014): *Gode år på åldernes høst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen*. <https://bit.ly/2VxSnT5>